

令和 年 月 日

退職手当金支給決定額の証明依頼について

独立行政法人福祉医療機構
共済部 退職給付課 御中

下記の退職者にかかる支給決定額の証明をお願いいたします。

施設番号	職員番号	職員氏名	退職年月日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日

共済契約者番号 ()

共済契約者名

住 所

〒 _____

担当者名 _____

連絡先 TEL _____

※ 証明依頼理由

1. 支給決定状況報告の紛失 2. 1以外 ()